

'N SELFONTWIKKELINGSPROGRAM VIR 'N  
GROEP EERSTEJAAR OBESE  
DAMESSTUDENTE

deur

LANDA OELOFSE

Skripsie voorgelê ter gedeeltelike  
nakoming van die vereistes vir die graad  
Magister Artium et Scientiae  
(Psigiatriese Verpleegkunde)

Potchefstroomse Universiteit vir CHO  
POTCHEFSTROOM  
November 1983

DANKBETUIGINGS

*Ek wil graag my opregte dank en waardering uitspreek teenoor:*

- my studieleidster, dr. Marie Poggenpoel, vir haar waardevolle hulp, leiding en aanmoediging wat sy oor die tydperk van die studie aan my verleen het*
- prof. H.S. Steyn (Statistiese konsultasiedienste, PU vir CHO), vir sy hulp betreffende die statistiese verantwoording van hierdie navorsingstudie*
- my broers, Charl en Frans Cilliers, vir hul belangstelling en hulp asook die kontrole oor die psigometriese instrumente*
- my moeder vir die onafgebroke aanmoediging en liefde oor die jare*
- Bertus, vir al die liefde en belangstelling van elke dag*

*Aan God al die eer.*

# I N H O U D S O P G A W E

## HOOFSTUK 1

INLEIDING EN DOEL .....	1
1.1 Metode van ondersoek .....	3
1.2 Termomskrywing .....	4

## HOOFSTUK 2

OBESITEIT EN SELFONTWIKKELING .....	6
2.1 Inleiding .....	6
2.2 Obesiteit .....	6
2.2.1 Omskrywing van obesiteit .....	6
2.2.2 Diagnose van obesiteit .....	7
2.2.3 Etiologie van obesiteit .....	7
2.2.4 Kliniese beeld van obesiteit ...	10
2.2.4.1 Fisiese simptome .....	10
2.2.4.2 Psigiese simptome .....	11
2.2.5 Terapie vir obesiteit .....	13
2.3 Selfontwikkeling .....	17
2.3.1 Psigologiese gesondheid .....	18

2.3.1.1	Persoonlikheidseienskappe van die psigologies-gesonde persoon .....	19
2.3.1.2	Selfkonsep .....	21
2.3.1.2.1	Begripsoms krywing .....	21
2.3.1.2.2	Selfkonsepontwikkeling .....	23
2.3.2	Die fasilitering van selfontwik= keling .....	24
2.3.3	Die meting van selfontwikkelings= aspekte .....	25
2.3.3.1	Inleiding .....	25
2.4	Samevatting .....	26

### HOOFSTUK 3

EMPIRIESE ONDERSOEK .....	28
3.1 Die doel van die ondersoek .....	28
3.2 Metode van ondersoek .....	28
3.2.1 Die meetinstrumente .....	29
3.2.1.1 Die POI .....	29
3.2.1.2 Die PHSF .....	31
3.2.2 Samestelling van die selfontwik= kelingsprogram .....	32
3.2.3 Die toepassing van die selfontwik= kelingsprogram .....	38

3.2.3.1	Die eksperimentelegroep .....	38
3.2.3.2	Die evalueringsbattery .....	39
3.2.3.3	Verloop van die selfontwikkelings= program .....	40
3.3	Hipotese stelling .....	41
3.4	Verwerking van die resultate .....	42
3.5	Bespreking van die resultate .....	43
3.5.1	Massabepaling .....	43
3.5.1.1	Voor-na-evaluering .....	43
3.5.1.2	Na-drie-maande-evaluasie .....	44
3.5.2	Die POI .....	44
3.5.2.1	Voor-na-evaluering .....	45
3.5.2.2	Na-3-maande-evaluasie .....	45
3.5.3	Die PHSF .....	46
3.5.3.1	Voor-na-evaluering .....	46
3.5.3.2	Na-drie-maande-evaluasie .....	47
3.6	Samevatting .....	47

#### HOOFSTUK 4

GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS .....	48
4.1 Gevolgtrekkings .....	48
4.2 Aanbevelings .....	51

OPSOMMING .....	52
OPSOMMING .....	53
SUMMARY .....	55
BIBLIOGRAFIE .....	57
BYLAAG 1 .....	
VERLOOP VAN DIE SELFONTWIKKELINGSPROGRAM .	66
BYLAAG 2	
Massa - voor-evalueringstellings van die eksperimentele groep .....	80
BYLAAG 3	
Massa-na-evalueringstellings van die eksperimentele groep .....	80
BYLAAG 4	
Massa drie-maande na-evalueringstellings van die eksperimentele groep .....	80
BYLAAG 5	
Massa-voor-evalueringstellings van die kontrolegroep .....	81
BYLAAG 6	
Massa-na-evalueringstellings van die kontrolegroep .....	81
BYLAAG 7	
Massa drie-maande-na-evalueringstellings van die kontrolegroep .....	81

BYLAAG 8	
POI-voor-evalueringstellings van die eksperimentele groep .....	82
BYLAAG 9	
POI-na-evalueringstellings van die eksperimentele groep .....	83
BYLAAG 10	
POI-drie maande na-evalueringstellings van die eksperimentele groep .....	84
BYLAAG 11	
POI-voor-evalueringstellings van die kontrolegroep .....	85
BYLAAG 12	
POI-na-evalueringstellings vir die kontrolegroep .....	86
BYLAAG 13	
POI-3-maande na-evalueringstellings van die kontrolegroep .....	87
BYLAAG 14	
PHSF-voor-evalueringstellings van die eksperimentele groep .....	88
BYLAAG 15	
PHSF-na-evalueringstellings van die eksperimentele groep .....	89
BYLAAG 17	
PHSF- drie maande na-evalueringstellings van die eksperimentele groep .....	90

BYLAAG 17	
PHSF-voor-evalueringstellingen van die kontrolegroep .....	91
BYLAAG 18	
PHSF: na-evalueringstellingen van die kontrolegroep .....	92
BYLAAG 19	
PHSF Drie maande na-evalueringstellingen van die kontrolegroep .....	93

-----



## HOOFSTUK 1

### INLEIDING EN DOEL

In die verpleegkunde en meer spesifiek die psigiatryse verpleegkunde speel primêre gesondheidsorg, waarvan geestesgesondheidsorg 'n deel vorm, en optimalisering van menslike potensialiteite in die jongste tyd 'n al groter rol. Uit die literatuur blyk dit dat daar in Suid-Afrika tot op datum nog weinig navorsing op dié gebied gedoen is. Hierdie studie is die eerste van sy soort wat in Suid-Afrika deur 'n verpleegkundige uitgevoer is.

In die praktisering van gesondheidsdienste word tans gevind dat die benadering meer reaktief as aksie-geörienteerd is. Hierdie "probleem" sluit direk aan by die breë filosofiese doelstelling van dié ondersoek. Nader omskryf kan dié doelstelling gesien word as 'n poging om in die praktyk nie slegs geestesongesteldheid te voorkom nie, maar ook geestesgesondheid te bevorder deur die optimalisering van groepotensialiteite.

In hierdie ondersoek word gepoog om dié breë doelstelling soos dit van toepassing op die fenomeen obesiteit is van nader te bekyk.

Obesiteit word vandag as 'n wesenlike gesondheids-

probleem beskou. Volgens die literatuur word fisiologiese gesondheid daardeur geraak sowel as die psigologiese funksionering van 'n individu. In die behandeling hiervan word massavermindingsprogramme beklemtoon, terwyl die psigologiese aspekte nageer word.

Daarby word vanuit die omgewing sterk druk geplaas op verslanking en slank wees, veral by die vrou. Hierdie negering en druk lei daartoe dat die obese vrou vandag nie in staat is om haar probleem alleen te hanteer nie. Ter oplossing hiervan moet dus gedink word in terme van groter klem op die psigologiese aspekte van obesiteit in die behandeling daarvan.

Die empiriese doelstelling van hierdie ondersoek is tweeledig:

1. Algemene doelstelling: hierdie ondersoek poog om uit die literatuur van die groeipsigologie 'n selfontwikkelingsprogram saam te stel vir toepassing op obese dames, waarin die klem op die psigiese en emosionele problematiek van obesiteit val, soos dit uit die literatuur blyk.
2. Spesifieke doelstelling: hierdie ondersoek poog verder om genoemde program op 'n groep obese damestudente toe te pas en te evalueer aan die hand van voor- en na-evaluering.

## 1.1 Metode van ondersoek

Die ondersoek bestaan, in aansluiting by die doel= stellings, uit twee gedeeltes, naamlik

1. die samestelling van die selfontwikkelingspro= gram soos hierdie konstrunkte in die literatuur van die psigiatrie en groei-psigologie beskou word, en
2. die toepassing van die selfontwikkelingsprogram op 'n groep obese eerstejaar-damestudente, te= same met 'n voor- en na-evaluering op die eksperim= mentele en kontrolegroep. Hierna word die ver= kryde voor- en na-evalueringresultate aan die hand van hipotese-stelling bespreek en aanbe= velings hieruit geformuleer.

Die ondersoek word soos volg in die geheel onder= soek aangebied:

In hoofstuk twee word die teoretiese konstrunkte obesiteit, selfontwikkeling en selfkonsep vanuit die literatuur bespreek.

In Hoofstuk drie word die empiriese ondersoek be= spreek. Dit behels die toepassing van die selfont= wikkelingsprogram, en die rapportering van die re= sultate soos weerspieël in die voor- en na-evalu= ering.

Hoofstuk vier bevat die bespreking van die navorsingsresultate, die gevolgtrekkings en aanbevelings.

## 1.2 Termomskrywing

Omdat die terme psigiatriese verpleegkunde en psigiatriese verpleegspesialis relatief onbekend is, word hierdie begrippe vervolgens omskryf.

Psigiatriese verpleegkunde is 'n gespesialiseerde area van verpleegpraktyk wat gebaseer is op 'n wetenskaplike basis en die doelgerigte gebruik van die verpleegkundige self as persoon. Die uitvoering van psigiatriese verpleegkunde is gerig op voorkomende sowel as herstellende aspekte van geestesongesteldheid en die bevordering van optimale geestesgesondheid vir individue, families, gemeenskappe en die samelewing (Poggenpoel 1981: 18).

Die psigiatriese verpleegspesialis is 'n deskundige op die gebied van psigiatriese verpleegkunde en dien as konsultant vir ander psigiatriese verpleegkundiges en verpleegkundestudente (Poggenpoel 1981: 108). Die doel van spesialisasie in verpleging is om vooruitgang in die kuns en wetenskap van psigiatriese verpleging te bring en om nuwe kennis en metodes in verband met pasiëntesorg te implementeer. Spesialisasie is nie 'n rol op sy eie nie, maar 'n metode om verpleging meer klinies te maak

en nuwe benaderings ingevoer te kry. (Die onder=soeker in hierdie studie is 'n psigiatriese ver=pleegspesialis.)

Die funksies van die psigiatriese verpleegspesia=lis kan soos volg uiteengesit word (Stuart en Sun=deen 1979:11):

- \* die spesialis is primêr verantwoordelik vir in=sig geïntegreerde terapie
- \* sy is verantwoordelik vir alle pasiënte in die afdeling waar sy werk
- \* sy tree op as konsultant vir ander verpleegkun=diges
- \* sy neem deel aan primêre gemeenskapsvoorkomings=programme
- \* sy is verantwoordelik vir die verkryging van supervisie-konsultasie en
- \* sy is verantwoordelik vir verpleegleierskap.

## HOOFSTUK 2

### OBESITEIT EN SELFONTWIKKELING

#### 2.1 Inleiding

In aansluiting by die doel van die ondersoek word die teoretiese konstrakte, obesiteit en selfontwikkeling vervolgens meer breedvoerig bespreek.

#### 2.2 Obesiteit

##### 2.2.1 Omskrywing van obesiteit

Volgens Sloan (1970:374) en Gouws, Louw, Meyer en Plug (1979:203) kan obesiteit as die neerlegging van 'n groot hoeveelheid vet in die liggaam gedefinieer word.

White en Schroeder (1981:550) maak 'n onderskeid tussen obesiteit en oormassa. Hiervolgens word 'n individu wanneer hy of sy 10 persent bo die gewensde maksimum massa vir die betrokke lengte- en geslagstandaarde is, as oormassa beskou. Indien die individu egter 20 persent of meer oormassa is, is hy obees.

Samevattend kan die beskrywing van Vlok (1974:149) as die aanvaarbare riglyn ten opsigte van die begrip obesiteit gebruik word - 'n verhoging van die individu se liggaamsvet, waardeur die liggaamsmassa met meer as 20% bo die gemiddelde massa van individue van dieselfde ouderdom, geslag, lengte en ras styg.

### 2.2.2 Diagnose van obesiteit

'n Verskeidenheid metodes (sommige meer wetenskaplik as ander) word gebruik om oormassa te bepaal. Die metodes wat die meeste deur navorsers en wetenskaplikes aangewend word, is volgens die Departement van Gesondheid (Bulletin 358 en 379), Mayer (1968:29 - 31) en Sloan (1970:379) die spieëltoets, die knypttoets, die liniaaltoets, die gordellyn-toets, hidrometrie, kalliper, ultrasoniese meting van subkutane vet, x-strale van sagte weefsel en massatabelle.

### 2.2.3 Etiologie van obesiteit

Die verskynsel obesiteit het raakpunte in verskeie dissiplines soos die medisyne, die psigologie en die verpleegkunde. Tog word die probleme in verband daarmee in al die dissiplines baie oppervlakkig benader.

Vlok (1974:149) noem slegs vier oorsaaklike faktore met betrekking tot obesiteit, naamlik ooreet, metaboliese of hormonale versteurings en te min oefening.

Tymkiw (1978:43) is van mening dat obesiteit selde aangetref word in persone wat 'n aktiewe lewe lei. Verder sê hy dat obese ouers dikwels obese kinders het, wat toegeskryf word aan die model wat die ouers aan die kinders stel.

Wineman (1980:237) haal Schachter se stimulus-bindinghipotese aan, wat impliseer dat 'n obese persoon se eetgedrag beïnvloed word deur die opvallendheid van eksterne leidrade (byvoorbeeld voedseladvertensies) eerder as interne oriëntasie (dit wil sê die fisiologiese behoefte aan voedsel).

Bauer (soos in Rubin en Novak 1956:348) meen obesiteit is primêr 'n geneties-konstitusionele anomalie waarin ekstrinsieke invloede 'n sekondêre rol speel. In kontras met die meeste skrywers (soos aangehaal deur Bauer) wat verskeie vorms van obesiteit toeskryf aan óf oordeel óf endokriene versteurings, reduseer Bauer (in Rubin en Novak 1956:348) amper alle tipes obesiteit tot 'n algemende faktor, naamlik die eindresultaat van 'n genetiese anomalie van vetmetabolisme.

*Amgen, J. J. J.*  
Volgens die Departement van Gesondheid (Bulletin 358 en 379) speel emosionele en omgewingsfaktore



'n groot rol as oorsaak van ooreet. Hiervolgens eet baie mense sonder om die fisiologiese behoeftes aan voedsel te ervaar of te bevredig. Hierdie gewoonte kan dikwels teruggevoer word na die vroeë kinderjare toe voedselinname met die ervaring van liefde en sekuriteitsgevoelens geassosieer is. Eetgewoontes van ander persone in die gesin en die omgewing, die beskikbaarheid van voedsel, die groot verskeidenheid en keurige verpakking daarvan, en 'n gebrek aan oefening, is dus belangrike omgewingsfaktore wat obesiteit in die hand werk.

Volgens Craddock (1973:60 - 61) lei die daaglikse spanningsvolle situasies - veral in interpersoonlike verhoudinge - daartoe dat die hipersensitiewe persoon meer passief as aktief optree, wat tot ooreet aanleiding kan gee.

Kaplan en Sadock (1981:604) is van mening dat somatipes onder adolessente meisies 'n groot rol speel in obesiteit, omdat die verskynsel selde by ektomorfe voorkom. Obesiteit wat vroeg in die persoonse lewe ontstaan, word gekenmerk deur 'n groter aantal en groter vetselle. Daarenteen volg obesiteit wat in die volwassenheid begin, uit die vermeerdering in die grootte van die vetselle. Derdens word genoem dat die vernietiging van die ventro-mediale hipotalamus obesiteit tot gevolg het.

## 2.2.4 Kliniese beeld van obesiteit

### 2.2.4.1 Fisiese simptome

Die fisiese simptome van obesiteit kan in die volgende vyf groepe verdeel word (Rubin en Novak 1956:348):

- \* Ruben- of gordeltipe. Akkumulasie van vet is hoofsaaklik gelokaliseer in die heupe, dye, laer deel van die abdomen, die boude en die rug.
- \* Trogantriese tipe. Die vetweefsel is in die troganter area gelokaliseer.
- \* Inferiortipe. Die vetneerlegging is by die laer ekstremitete, vanaf die heupe tot by die enkels.
- \* Superiortipe. Akkumulasie van vet is in die rug, arms, bene, borste, nek en gesig.
- \* Steatopigia. Dit is 'n abnormale, soms enorme neerlegging van vet in die area van die boude. Dit vind plaas as 'n genetiese eienskap in sekere rasse, byvoorbeeld die boesmans en hottentotte.

Siektes wat meer algemeen by obese persone voorkom,

sluit diabetes, koronêre hartvatsiektes, jig, kroniese brongitis, artritis en hipertensie in. Hierdie toestande kom kwantitatief sowel as kwalitatief in 'n groter mate by obese persone voor (Sloan 1970:374 - 379, Vlok 1974:149).

#### 2.2.4.2 Psigiese simptome

By die meeste obese persone manifesteer geen enkele duidelikwaarneembare psigologiese simptome nie.

Volgens Wineman (1980:231 - 237) kan obesiteit reeds in die kinderjare ontstaan indien die kind met eet as beloning gekondisioneer word. Hierdie vroeë aanvang van obesiteit lei tot die vorming van 'n negatiewe liggaamsbeeld.

As gevolg van 'n liggaamsbeheptheid en gepaardgaande neurotiese persoonlikheidsimptome, word die negatiewe liggaamsbeeld versterk (Wineman 1980: 231 - 237). In die literatuur (Sontag in Hurlock 1964:126, Gerardt, Robbertse, Laubscher en du Plessis 1974:2507 - 2508, Nel 1975:81, Werkman en Greenberg 1980:231 - 237) word die volgende moontlike simptome genoem:

- onvolwassenheid,
- hipersensitiwiteit,
- angstigtheid,

- gevoelens van ontoereikendheid,
- gevoelens van fisiese gebrekkigheid,
- geneigdheid tot depressie,
- hipokondrie,
- rigiditeit,
- narcisme,
- agterdogtigheid,
- valse sekuriteitsgevoel en
- skuldgevoelens omtrent eetgewoontes.

'n Ander aspek wat tot 'n negatiewe (Wineman 1980: 231 - 237) en onrealistiese (Gerardt et al 1974: 2507 - 2508) liggaamsbeeld lei, is neerhalende reaksie en terugvoering van ander op 'n vroeë leeftyd. In die geval van obesiteit (Lewis 1978:22 - 24) is die persoon ook dikwels aan negatiewe en selfs afkeurende terugvoering van ander onderwerp.

Die meerderheid obese kinders word selfs voordat hulle skooltoe gaan bewus van hoe andere oor hul oormassa voel. Hulle voel 'n bejammering van volwassenes aan en dat maats voel dat hul massa met hul vermoë om aan aktiewe spel deel te neem, inmeng. Hierdie blootstelling aan afkeuring en sosiale isolasie het tot gevolg dat hulle weerhou word van geleenthede om effektiewe sosiale interaksies aan te leer. Die gevolg is dat die obese persoon nie genoegsaam toegerus is om die eise van die volwasse lewe te hanteer nie (Hurlock 1964:125 en 126).

Die vorming van die swak liggaamsbeeld by die obese persoon word verder aangehelp deur die westerse samelewing wat oormassa as lelik en onfatsoenlik beskou. Die obese persoon leef dus onder die wolk van 'n intimiderende sosiale omgewing, waarin hy volgens sy obesiteit, en nie volgens sy potensiaal geëvalueer word nie. Hierdie negatiewe omgewingsfaktore lei tot 'n onrealistiese liggaamsbeeld (Gerhardt et al 1974:2507 - 2508), en 'n negatiewe, verwarde selfkonsep ontstaan (Nel 1975:81), omdat die persoon nie 'n georganiseerde, gedifferensieerde innerlike self kan ontwikkel nie (Nathan in Wineman 1980:236).

#### 2.2.5 Terapie vir obesiteit

Daar bestaan geen eenvoudige of enkelvoudige terapie vir obesiteit nie. Behandeling wissel van dieetkontrole tot tablette, steungroepe en drastiese chirurgiese prosedures (White en Schroeder 1981:553).

'n Hooffaktor in effektiewe massavermindering is hoë motivering, met ander woorde dat die slagoffer van obesiteit werklik die begeerte om slank te word en te bly, moet hê (Mayer 1968:153).

Verskeie terapeutiese modelle in die behandeling van obesiteit kan gedefinieer word, naamlik:

## J\* Dieetterapie

Die basis van massavermindering is om 'n kilojoule-tekort daar te stel deur die inname minder as die verbruik te maak (Baird en Howard 1969:92, De Lamater 1981:24, Kaplan en Sadock 1981:605). Die dieët moet egter kragtig in kilojoule, voedsaam, sosiaal aanvaarbaar en ekonomies wees en oor 'n lang tydperk gevolg word.

## J\* Algehele eetstaking

Hierdie metode vir massavermindering moet onder toesig van 'n geneesheer plaasvind, omdat komplikasies soos aritmie, asidose, hipotensie en selfs die dood kan voorkom (Baird en Howard 1969:98, De Lamater 1981:24).

## J\* Fisiese aktiwiteit

Volgens Kaplan en Sadock (1981:606) is oefening as enigste metode vir massavermindering nie baie effektief nie. Craddock (1969:99) sê: "An increase in the amount of regular exercise undertaken should be part of the weight reduction regime for every patient with no medical contra indications".

## \* Medikasie

Chemoterapie is nie 'n baie suksesvolle metode vir massaverlies nie. Die mees algemene aptytdempende

middels bevat Amfetamien of Fenfluramien wat albei gewoontevormend is (De Lamater 1981:24).

### ✓\* Chirurgie

Chirurgiese terapie word as 'n radikale terapie beskou as gevolg van die moontlike intra- en post-operatiewe en ook langtermyn-risiko (De Lamater 1981:24).

### ✓\* Individuele psigoterapie

Die doel van individuele psigoterapie by obese persone is ingestel op die aanleer van nuwe houdinge en die verhoging van die individu se selfbeeld en egosterkte. Hierdie psigoterapie moet deur dieët en oefening aangevul word vir optimale resultate (De Lamater 1981:24).

### \* Hipnoterapie

Hanley (in Craddock 1969:148) het in 1967 bevind dat hipnose 'n positiewe rol speel om pasiënte se houdings ten opsigte van voedselinname te verander. Onvolwassenheid en ongemotiveerdheid lei egter nog tot 'n swak prognose.

### \* Gedragsterapie

Foreyt (1977:1 - 5) identifiseer vyf terapeutiese

## tegnieke

- openlike afkeur,
- bedekte sensitifisering,
- kondisionering,
- pasiënt-ondersteuning en
- selfkontrole.

Kaplan en Sadock (1981:607) meen gedragsmodifikasie bied geen oplossing vir die probleem van obesiteit nie, maar beskou gedragsmodifikasie terselfdertyd tog as die belangrikste nuwe ontwikkeling in die behandeling van obesiteit.

### \* Groepsterapie

Vanweë die rasionaal dat die portuurgroep so 'n belangrike rol speel tydens sosialisering in die adolessente tydperk het Longford (1981:556 - 559) obese adolessente meisies in klein-groepsverband behandel, waarin op die totale persoon gefokus word en nie net op die probleem van obesiteit nie. In sy ondersoek het Kahn (1978:254) bevind dat groepslede eerstens 'n behoefte aan steun en motivering het voordat kontrole oor eetgewoontes aangeleer word. In die tweede plek noem hy dat homogeniteit tussen groepslede bydra tot die sukses van die terapie.

Na sy eksperimente het Strong (1975:459 - 461) tot die gevolgtrekking gekom dat die kleingroepsbe-



nadering beter resultate as medikasie, chirurgie en oefening bied wanneer obesiteit behandel word.

Uit die voorafgaande teoretiese bespreking blyk dat psigologiese faktore 'n beduidende rol in die etiologie van obesiteit speel. Dit blyk verder dat die groeppsigoterapeutiese benadering as terapie die hoogste prognostiese waarde toon.

In die literatuur (Egan 1977, Johnson 1981, Johnson en Johnson 1982) bestaan daar toenemende bewyse dat die kleingroepservaring met sy klem op selfontwikkeling 'n hoogs bruikbare tegniek vir die verkryging van insig in die self en die aflegging van destruktiewe, neurotiese gedragspatrone is.

In die lig van bogenoemde het die vraag ontstaan of 'n kleingroepservaring nie 'n beduidende positiewe effek op die neurotiese psigiese simptome van obesiteit sal hê nie. Hierdie probleemstelling word in ooreenstemming met die doel van hierdie ondersoek, vervolgens teoreties verder bespreek.

### 2.3 Selfontwikkeling

Volgens die literatuur verwys selfontwikkeling na die proses waarin menslike potensialiteite tot uniekheid groei (Jourard 1971). 'n Sinoniem vir selfontwikkeling is selfmaksimering wat (volgens Gouws et al 1979:269) op die proses waardeer 'n

individu die soort persoon word wat hy graag wil wees, dui.

Die uiteinde van hierdie proses van ontwikkeling en uitdrukking van potensialiteite en talente, stem ooreen met wat in die literatuur as psigologiese gesondheid beskryf word (Cilliers 1983:181).

### 2.3.1 Psigologiese gesondheid

Nader omskryf kan psigologiese gesondheid vanuit verskeie teoretiese persoonlikheidsraamwerke benader word. So verwys Horney (1947:95, 1950:17, 19, 164) na die realisering van die self en Allport (1951:147 - 150) na persoonlikheidsontwikkeling wat tot volwassenheid lei. Jung (1975) verwys na die individualisering van die mens, waarin hy selfheid bereik as 'n outonome, homogene geheel deur die vervulling van sy potensialiteite. Volgens Rogers (1975:186 - 187) is die psigologiese gesonde persoon 'n ten volle funksionerende individu. Verskeie teoretici, waaronder Goldstein (in Maddi 1980:91 - 92), Perls (1976, 1978) en Maslow (1971:27 - 29), beskryf psigologiese gesondheid as die aktualisering van die self. Psigologiese gesondheid sluit ook 'n positiewe selfkonsep in (Rogers 1975:186 - 187).

### 2.3.1.1 Persoonlikheidsienskappe van die psigologies-gesonde persoon

In die groeipsigologie word 'n verskeidenheid persoonlikheidsienskappe genoem waarvoor 'n psigologies-gesonde persoon beskik (saamgevat in Cilliers 1983:183 - 189).

Hierdie eienskappe is:

1. 'n groter fisiese, kognitiewe, emosionele en kenatiewe bewustheid,
2. effektiewe interpersoonlike relasies,
3. outonome funksionering,
4. doelgerigtheid,
5. betrokkenheid by iets buite homself,
6. stimulerende spanningsbeleving,
7. lewenssin en betekenis en
8. verantwoordelikheid.

In terme van obesiteit (vergelyk 2.2.4.2) is

- emosionele bewustheid en
- effektiewe interpersoonlike relasies van belang.

In die praktyk hou dit in dat in die behandeling van obesiteit vanuit 'n selfontwikkelingsraamwerk gewerk moet word aan die optimalisering van hierdie twee eienskappe van psigologiese gesondheid (vergelyk ook 2.2.4.2, p. 11 - 13).

Emosionele bewustheid verwys na die volgende eienskappe:

1. 'n Groter mate van selfbewustheid (Jung 1975, Adler 1963, Horney 1947, 1950, Perls 1976, 1978) waardeur die persoon sy eie ervarings, gevoelens en behoeftes ken en kan verbaliseer (Rogers 1975).
2. 'n Bereidheid tot selfkennis, wat lei tot selfbegrip en selfinsig (Jung 1975, Rogers 1975) van potensialiteite, bekwaamhede en swakhede (Horney 1947, 1950).
3. 'n Realistiese selfkonsep gekenmerk deur
  - selfwaarde
  - selfrespek
  - selftevredenheid
  - selfvertroue
  - selfagting
  - selfliefde en
  - selfaanvaarding

(Horney 1947:95, 1950:328 - 334, Allport 1951:147 - 150, Adler 1963:239, Maslow 1971:27 -29, Rogers 1975:115 - 124, 180 - 196, Perls 1976, 1978, Janov 1978).

Hierdie positiewe gevoelens teenoor homself stel die persoon in staat tot 'n ryk emosionele lewe (Cilliers, 1983:184).

Effektiewe interpersoonlike gedrag verwys na diep, openlike, sensitiewe, natuurlike, outentieke ryk, belonende en konsidererende relasies met ander mense (Cilliers 1983:185).

### 2.3.1.2 Selfkonsep

#### 2.3.1.2.1 Begripsomskrywing

Kinch (in Samuels 1977:23) definieer selfkonsep as die organisasie van kwaliteite wat die individu aan homself toeken.

Volgens Coetzee (1983:67) verwys selfkonsep na dit wat die persoon van homself glo, hoe hy homself sien en die unieke wyse waarop hy homself laat geld. Dit bevat onder meer sy siening omtrent homself wat betref liggaamlike krag, fisieke vermoë, sosiale aansien, finansiële posisie, moontlikheid van toekomstige sukses, die aanvaarding van uitdaging, en die integrering van die dimensies in sy persoonlike en huwelikslewe.

Bogenoemde definisies beskryf selfkonsep in 'n intrapersoonlike dimensie. In die literatuur word

selfkonsep ook in verband met ander mense gebring, dit wil sê in 'n interpersoonlike dimensie. Stuart en Sundeen (1979:101) omskryf selfkonsep as die individu se idees, menings, oortuigings en ideale wat bydra tot sy kennis omtrent homself, wat ook sy verhoudinge met ander beïnvloed. Hierdie verwysing na die persoon se interaksie met ander persone en die omgewing, sluit nou aan by die twee eienskappe van die psigologies-gesonde persoon (vergelyk 2.3.1.1). Hierdie intra- en interpersoonlike siening van selfkonsep word in aansluiting by die doel van hierdie ondersoek as die mees geldige gesien. Selfkonsep sluit aspekte soos liggaamsbeeld, selfideaal, selfwaarde, rolle, identiteit en selfbewussyn in (Stuart en Sundeen 1979:102 - 109).

Vir die doel van hierdie studie word vervolgens ook die term liggaamsbeeld omskryf.

Die term liggaamsbeeld verwys na 'n persoon se subjektiewe voorstelling van sy liggaam, en sluit sy kenmerkende ervaring van sy liggaam of dele daarvan in terme van aspekte soos aantreklikheid, manlikheid, vroulikheid of gesondheid, in (Gouws et al 1979:174).

### 2.3.1.2.2 Selfkonsepontwikkeling

Volgens Stuart en Sundeen (1979:104, 129) is 'n persoon se selfbeeld nie reeds by geboorte aanwesig nie. Die selfkonsep vorm as uitvloeisel van die persoon se unieke ondervindinge met homself, ander persone, sy verhoudinge met realiteit, en die formele en informele terugvoering wat hy oor homself ontvang.

Rogers (Möller 1980:100) meen dat die totstandkoming van die selfkonsep 'n natuurlike uitvloeisel van die beginsel van differensiasie en dus die tendens tot selfontwikkeling is. As gevolg van die kind se interaksie met sy omgewing differensieer sy beeld van homself as persoon uit sy ervarings. Dit is veral hoe hy deur ander persone beoordeel word, wat belangrike implikasies vir die vorming van die selfkonsep het.

Volgens Hurlock (1964:707) beïnvloed kultuur- en sosialiseringstryke ook selfkonsep- en persoonlikheidsontwikkeling. Algemene kulturele patrone asook kulturele subgroepe, soos sosiale klasse, het invloed op die individu se siening van homself. 'n Negatiewe liggaamsbeeld beïnvloed dus ook 'n persoon se selfkonsep (vergelyk 2.2.4.2 p. 11 - 13).

Uit hierdie argumente word afgelei dat interpersoonlike relasies 'n beduidende effek op selfkon

sepontwikkeling het.

### 2.3.2 Die fasilitering van selfontwikkeling

Volgens die literatuur is alle ontwikkeling selfontwikkeling en as sodanig die verantwoordelikheid van die individu self (Pedler 1978). Selfontwikkeling is ook nie gekoppel aan formele opleiding of die verwerwing van formele kwalifikasies nie (Coetzee 1983:68).

Selfontwikkeling moet deur die individu self geïnisiëer word, maar omdat die meeste mense onbewus van hul groeipotensiaal is, het daar in die psigologie tegnieke ontstaan om hierdie bewustheid te kweek. Vanuit die groep-psigoterapie het verskeie groepsaktiwiteite ontstaan, byvoorbeeld sensitiwiteitsopleiding (Smith 1973), T-groepe (Cooper en Mongham 1971), ontmoetingsgroepe (Rogers 1975, Solomon en Berzon 1977) en groeigroepe (Johnson en Johnson 1982:439 - 459). Die doelstellings van dié groepe verskil, hoewel almal selfontwikkeling nastreef. In die literatuur bestaan daar vele selfontwikkelingsprogramme (o.a. Egan 1977, Johnson 1981), waarin in 'n mindere of meerdere mate van hierdie groepstegnieke gebruik gemaak word. Vir die doeleindes van dié ondersoek is 'n eie selfontwikkelingsprogram saamgestel (wat in hoofstuk 3 bespreek word).



### 2.3.3 Die meting van selfontwikkelingsaspekte

#### 2.3.3.1 Inleiding

In die literatuur bestaan nog geen meetinstrument vir die meting van die konstruksie van selfontwikkeling nie.

Omdat die proses van selfontwikkeling lei tot psigologiese gesondheid (vergelyk 2.3.1), kan vraelyste gebruik word om die individuele vlak van gesonde psigologiese funksionering te bepaal. Vanuit die teorieë wat na psigologiese gesondheid verwys as selfaktualisering is reeds sogenaamde selfaktualiseringsvraelyste saamgestel, wat as 'n oorkoepelende meetinstrument vir selfontwikkeling beskou kan word.

Die bekendste hiervan is die "Personal orientation inventory" (POI) van Shostrom (Knapp 1976), waarvan vele navorsingsresultate reeds in die literatuur opgeneem is. 'n Tweede selfaktualiseringsvraelyste is die "Inventory of self-actualizing Characteristics" (ISAC) van Banet (in Annual Handbook 1975), waaroor nog weinig navorsing gedoen is.

Die spesifieke persoonlikheidseienskappe van psigologiese gesondheid wat 'n rol speel in self-

ontwikkeling, (vergelyk 2.3.1.1) kan effektief gemeet word met behulp van die "Persoonlike, huislike sosiale en formele verhoudingsvraelys" (PHSF) van die RGN (Fouché en Grobbelaar, 1971).

#### 2.4 Samevatting

In hoofstuk twee is die teoretiese konstrukte, obesiteit, selfontwikkeling en selfkonsep soos in hierdie ondersoek van toepassing, bespreek.

Uit die literatuur is gewys op die beduidende invloed van psigologiese faktore in die etiologie van obesiteit. Verder is aangedui dat 'n klein-groepservaring klaarblyklik 'n positiewe prognostiese effek by obese persone kan hê.

In die teoretiese bespreking oor psigologiese gesondheid is die eienskappe waaraan die psigologies-gesonde persoon voldoen bespreek, met klem op die eienskappe wat ooreenkomstig die doel van die ondersoek by obesiteit aansluit. Psigologiese gesondheid sluit ook 'n positiewe selfkonsep in. Die eienskappe van 'n positiewe selfkonsep en effektiewe interpersoonlike relasies is met behulp van bewyse uit die literatuur gekoppel om die begrip selfkonsep te omskryf, en die ontwikkeling daarvan te bespreek.

Hierna is die fasilitering van selfontwikkeling kortliks bespreek sowel as die meting van selfontwikkelingsaspekte met behulp van meetinstrumente soos vir hierdie ondersoek afgebaken.

In hoofstuk drie word die empiriese ondersoek volledig bespreek.

## HOOFSTUK 3

### EMPIRIESE ONDERSOEK

#### 3.1 Die doel van die ondersoek

Die algemene doelstelling van die ondersoek is om 'n selfontwikkelingsprogram vir obese persone saam te stel, wat tesame met die tradisionele dieët- en chemoterapieë gebruik kan word ten einde ook aan die psigologiese effekte van en emosionele problematiek by obesiteit aandag te skenk.

Die spesifieke doelstelling van die ondersoek is om die genoemde program op 'n groep obese damestudente toe te pas en die resultate te evalueer.

#### 3.2 Metode van ondersoek

Die ondersoek bestaan, in aansluiting by die doelstellings, uit drie gedeeltes, naamlik:

- die toepassing van die meetinstrumente
- die samestelling van die selfontwikkelingsprogram en
- die toepassing en evaluering van die selfontwikkelingsprogram.

### 3.2.1 Die meetinstrumente

#### 3.2.1.1 Die POI

Die POI is deur Shostrom saamgestel uit die self-aktualiseringsteorie van Maslow (Knapp 1976:1), om waardes en gedrag by die ontwikkeling van psigologiese gesondheid te meet. Dit kan ook beskou word as 'n geskikte oorkoepelende vraelys vir die meet van selfontwikkeling en selfbeeld.

Die POI bestaan uit 150 twee-keuse-vergelykende-waarde-beoordelingitems. Die toetspersoon word gevra om een van die stellings in elke paar, wat die meeste op homself van toepassing is, te kies. Die vraelys word deur middel van maskers nagesien en in die vorm van standaardtellings op 'n profiel-bladsy aangedui. Resultate word in twee hoof- (tyd- en na-binne-gesentreerde) en tien subskale weergegee. Tydoriëntasie reflekteer die graad waarin die individu in die hier-en-nou eerder as in die verlede of toekoms funksioneer. Innerlike-oriëntasie meet of die individu se optrede op die self of op ander gerig is (Knapp 1976:5).

Tellings op elk van die tien subskale reflekteer 'n sekere faset van belang in die ontwikkeling van selfaktualisering. Hierdie subskale kan soos volg gedefinieer word (Knapp 1976:6 - 7):

- \* Selfaktualiseringswaarde meet die bekragtiging van primêre waardes van die self-geaktualiseerde persoon.
- \* Eksistensialiteit meet die vermoë om sonder 'n rigiede beginselgehegtheid op te tree. Dit is 'n meting van 'n persoon se vermoë om waardes en beginsels deel van sy lewe te maak.
- \* Gevoelsreaktiwiteit meet sensitiwiteit tot eie behoeftes en gevoelens.
- \* Spontaneïteit meet vryheid om spontaan te reageer,
- \* Selfagting meet die bekragtiging van die self as gevolg van waarde of sterkte.
- \* Selfaanvaarding meet die aanvaarding van die self ten spyte van swakhede of tekortkominge.
- \* Menslike natuur-konstruktief, meet die graad van die persoon se siening van die mens.
- \* "Sinergie" meet die vermoë om te onderskei tussen aspekte wat teenoorgesteldes van mekaar is.
- \* Aanvaarding van aggressie meet die persoon se vermoë om sy natuurlike aggressiwiteit te aanvaar.

- \* Vermoë tot intieme kontak meet die graad van intieme verhoudings met ander persone.

### 3.2.1.2 Die PHSF

Die doel van die PHSF is om persoonlikheidstrekke, soos dit manifesteer in die uiting of dinamiek daarvan, in die persoon se strewe na harmonie binne die self en tussen die self en die omgewing, te meet (Van der Westhuizen 1979:132).

Die elf komponente van persoonlikheidsaanpassing word onder vier primêre aanpassingsvelde verdeel. 'n Gewenstheidskaal is ook ingesluit:

- \* Persoonlike verhoudinge. Dit is die intrapersoonlike verhoudinge wat van primêre belang by aanpassing is, naamlik selfvertroue, eiewaarde, selfbeheer, senuweeagtigheid en gesondheid.
- \* Huislike verhoudinge. Dit is die verhoudinge binne die huisgesin wat deur die persoon as afhanklike ervaar word, naamlik gesinsinvloede en persoonlike vryheid.
- \* Sosiale verhoudinge. Dit is die verhoudinge waardeur 'n persoon op harmonieuse en informele wyse by die sosiale omgewing inskakel, naamlik sosialiteit (groepsverkeer en behoefte om met

h spesifieke persoon van die teenoorgestelde geslag sosiaal te verkeer) en morele inslag.

- \* Formele verhoudinge. Dit is die verhoudinge wat in formele situasies voorkom.

Die gewenstheidskaal gee h aanduiding van die eerlikheid waarmee die persoon die vraelys beantwoord het. Die vrae is van so h aard dat slegs uitsonderlike persone met reg gunstige antwoorde daarop kan verskaf.

Die PHSF is gerig op die meer dinamiese aspekte van die persoonlikheid. Die toets gee dus h insig in die interaksie tussen die persoon en ander persone in sy omgewing (Van der Westhuizen 1979:134).

### 3.2.2 Samestelling van die selfontwikkelingsprogram

Die ontwikkelingsprogram stem ooreen met eienskappe van soortgelyke programme in die literatuur (Johnson 1972, Egan 1977) saamgestel. Soos in die literatuur aangetoon (Pedler, Burgoyne en Boydell, 1978), is alle ontwikkeling selfontwikkeling. Dit hou in dat die individu vir sy eie selfontwikkeling verantwoordelik is. Daar bestaan wel bewyse (sien hoofstuk 2) dat individuele selfontwikkeling deur eksterne bronne gestimuleer kan



word. Die mees ekonomiese en optimale metode in terme van intra- en inter-persoonlike groei, is die kleingroepervaring (Johnson . en Johnson 1982).

Só 'n selfontwikkelingsprogram moet ook met bewus-  
telik-geformuleerde doelwitte en reëls aangebied word, waarvan die inhoud

- deur die groepdeelnemers self of
- deur die groepsleier opgestel word.

In laasgenoemde geval moet die besluit aan die groepslede gekommunikeer word in die vorm van 'n groepsbespreking.

Verder blyk uit die literatuur dat die gunstigste ontwikkelings- of groeieresultate in enige inter-persoonlike aktiwiteit - en in die besonder enige ontwikkelingsgroep - verkry word met behulp van die beginsels van selfopenbaring en gedragsterugvoer (Jourard 1968, 1971, Egan 1977). Om selfopenbaring te fasiliteer, word van vraelyste en oefeninge gebruik gemaak (soos in Newstrom en Scannell 1980, Ernst en Goodison 1982). Die opdrag wat hierdeur "losgemaak" word, fasiliteer verder selfinsig, selfbegrip en selfaanvaarding, dit wil sê selfontwikkeling (vergelyk hoofstuk 2).

Omdat daar in die literatuur daarop gewys word dat selfontwikkeling en persoonlikheids groei in 'n

kleingroepervaring reeds na sesuur van ontwikkeling kan plaasvind (Carkhuff 1969), is besluit om die selfontwikkelingsprogram oor ses groepsessies van 1½ uur elk te versprei. Om praktiese redes is op weeklikse groepsbyeenkomste besluit.

Die inhoud van elke groepsessie is soos volg:

### Groepsessie 1. Inleiding

- 1.1 Bekendstelling van groepsleier aan groepslede en omgekeerd.
- 1.2 Opstel van groepsreëls (sien vorige bespreking).
- 1.3 Verduideliking van die groepsbeginsels van selfopenbaring en terugvoering met behulp van die Johari-venster-model (Luft 1970, Claus en Bailey 1977:103). Hierdie twee groepsbeginsels word vervolgens by die groepsreëls geïnkorporeer.
- 1.4 Oefening: Jong vrou/ou vrou (Johnson 1972: 209). Hierdie oefening word gebruik om die individualiteit in respondering op dieselfde stimulusobjek te illustreer. Die resultate word veralgemeen na individuele ervaring in die ontwikkelingsgroep.
- 1.5 Terugvoering van toetsresultate. Ten einde by die groepslede die bewustheid van hul behoefte aan selfontwikkeling te fasiliteer, is besluit om spesifieke vraelyste wat aspekte van selfontwikkeling meet, af te neem.

Hierdie vraelyste is die POI en die PHSF (vir bespreking vergelyk 3.2.1 p. 29). Dieselfde vraelyste het deel gevorm van die evalueringsbattery vir die ondersoek (vergeelyk 3.2.3.2). Hierdie aktiwiteit kan as 'n gestruktureerde vorm van selfopenbaring gesien word. Die terugvoering van die vraelysresultate dien - behalwe die bewusmaking van die ontwikkelingsbehoefte - tot verdere fasilitering van selfontwikkeling.

- 1.6 Vasstel van groepsdoelstellings (sien vorige bespreking).
- 1.7 Vraelysafname: Die bepaling van egostate (volgens die transaksionele model) (Gray en Gerard 1981:67). Die doel van die afneem en terugvoer van die resultate van hierdie vraelys is om aan elke groepslid die geleentheid te bied om sy eie transaksionele egogram te trek. Hierna word die verskeie egostate en hul kenmerkende gedragseienskappe aan die groepslede verduidelik. Elke individuele groepslid se kenmerkende egostaatfunksionering word dan in die groep ontleed en bespreek.

## Groepsessie 2: Selfopenbaring

- 2.1 Selfopenbaring word vanuit die literatuur (Egan 1977:43 - 61, Jourard 1968, 1971) kortliks omskryf, en deur middel van die volgende oefeninge gefasiliteer:

- die ek is-oefening (Egan 1977:61), en
- die onvoltooide sin-oefening (Egan 1977:64).

2.2 Die individuele response uit die oefeninge word bespreek en daar word deur die groepsleier en groepslede kommentaar gelewer.

### Groepsessie 3: Gevoelsekspressie

3.1 Omdat selfopenbaring ten nouste met gevoelsuitdrukking gepaard gaan, en dit juis 'n probleem in interpersoonlike kommunikasie is (Jourard 1971), word gevoelsekspressie gefasiliteer in

- die oefening oor gevoelens oor jouself (Egan 1977:94) en
- die vraelys oor gepaste uitdrukking van gevoel en emosie (Egan 1977:87).

3.2 Die individuele response uit die oefening en vraelys word bespreek en daar word deur die groepsleier en groepslede kommentaar daarop gelewer.

### Groepsessie 4: Konkretisering van gevoelsuitdrukking en fantasie

4.1 Om die uitdrukking van gevoel te konkretiseer en aan spesifieke objekte te koppel, word

twee oefeninge gedoen:

- Watter dele van my liggaam maak my gespanne/  
hou ek van en watter dele nie (Ernst en  
Goodison 1981:80) en
- bespreking oor: ek voel goed oor iets wat ek  
vandag gedoen het.

4.2 Omdat die stimulering van fantasie ook met  
psigologiese gesondheid verband hou (Cilliers  
1983:184), word 'n fantasieoefening (Johnson  
1972:40) ingesluit. Die konkretisering van  
fantasie word gefasiliteer in die insluit  
van 'n oefening in

- waaraan laat die ander persoon jou dink?  
(Johnson 1972:42).

4.3 Die individuele response word bespreek en  
kommentaar daarop gelewer. Aandag word toe=  
nemend daaraan gegee om alle groepslede by  
gedragsterugvoering te betrek.

#### Groepsessie 5: Aanvaarding

5.1 Selfaanvaarding en aanvaarding van ander as  
eienskappe van psigologiese gesondheid (sien  
Hoofstuk 2) word gefasiliteer in twee oefen=  
inge:

- verkryging van nie-verbale aanvaarding (John=

son 1972:42),

- die uitdrukking van aanvaarding uit andere (Johnson 1972:44).

5.2 Gevoelsterugvoering deur groepsleier en groepslede in respons op selfopenbaring uit bogenoemde oefeninge vind plaas.

### Groepsessie 6: Afsluiting

Die effek van alle groepsaktiwiteite op elke individuele groepslid word gerapporteer en bespreek.

#### 3.2.3 Die toepassing van die selfontwikkelingsprogram

##### 3.2.3.1 Die eksperimentele groep

Omdat obesiteit meer algemeen by vrouens voorkom (Tymkiw 1978:42), is slegs dames by hierdie ondersoek betrek. Omdat obesiteit verder meestal in puberteit voorkom is obese damestudente, as populasie geneem. Met behulp van die primarii van die dameskoshuise is 'n steekproef getrek wat aan die volgende kriteria voldoen:

- almal voltydse damestudente,
- aan dieselfde universiteit,

- koshuis-inwonend is,
- 18 jaar oud is,
- in hul eerste studiejaar, maar uit verskeie studierigtings kom, en
- wat volgens die vereistes vir klassifikasie as obees 20% oor die gestelde maksimum weeg (vergelyk 2.2.1, p. 6).

Die ondersoekgroep (N = 14) is vir evalueringsdoeleindes ewekansig verdeel (Oosthuizen 1977:2), tussen

- 'n eksperimentele groep (N = 7) en
- 'n kontrolegroep (N = 7).

### 3.2.3.2 Die evalueringsbattery

As evalueringsbattery is besluit op:

1. die POI, as meting van selfaktualisering (vir bespreking vergelyk 3.2.1.1, p. 29).
2. die PHSF, as meting van verhoudinge wat in selfontwikkeling 'n rol speel (vir bespreking vergelyk 3.2.1.2, p. 31)
3. massabepaling. Die rasionaal van massabepaling is om te bepaal of die selfontwikkelingsprogram tot massaverlies lei.

In aansluiting by die spesifieke doelstelling van

die ondersoek, naamlik die evaluering van die selfontwikkelingsprogram, is besluit op die eksperimentele ontwerp van voor- en na-evaluering, onmiddellik na en drie maande na toepassing.

Die evalueringsbattery is

1. 'n Week voor die aanvang van die selfontwikkelingsgroepsessies afgeneem
2. onmiddellik na die afloop van groepsessie no. 6 en
3. na die verloop van drie maande, na die toetsing in 2 hierbo genoem.

Die evalueringsbattery is telkens in groepsverband afgeneem. Die POI- en PHSF-vraelyste is onder standaard-toetsprosedures (Fouché en Grobbelaar, 1971:2) afgeneem. Hierna is die antwoordbladsye onder leiding van 'n geregistreerde sielkundige nagesien en na standaardtellings verwerk.

Die massa is met behulp van 'n mediese massaskaal in kg gemeet.

### 3.2.3.3 Verloop van die selfontwikkelingsprogram

Ses sessies is, soos beplan, aangebied, evaluasie is deurgevoer en deelname was op die oog af positief.



Vir die verloop van die selfontwikkelingsprogram vergelyk Bylaag 1 p. 66).

### 3.3 Hipoteses stelling

Die volgende nulhipoteses word gestel:

$H_0$  : Daar bestaan geen beduidende verskil tussen die voor- en na-toetsing op enige meetinstrument in die evalueringsbattery, voor en na die deurloop van die selfontwikkelingsprogram by die eksperimentele groep, in verhouding tot die kontrolegroep nie. Enige verskil wat voorkom, is bloot toevallig en kan aan kansfaktore toegeskryf word.

Die volgende alternatiewe hipoteses word gestel:

$H_1$  : Daar bestaan geen beduidende verskil tussen die eksperimentele groep se massa voor en na die toepassing van die selfontwikkelingsprogram in verhouding tot die kontrolegroep nie. Enige verskil is bloot toevallig en kan aan kansfaktore toegeskryf word.

$H_2$  : Daar bestaan geen beduidende verskil tussen enige van die POI-subtellings by die eksperimentele groep voor en na die toepassing

van die selfontwikkelingsprogram, in verhouding tot die kontrolegroep nie. Enige verskil is bloot toevallig en kan aan kansfaktore toegeskryf word.

H<sub>3</sub> : Daar bestaan geen beduidende verskil tussen enige PHSF-telling by die eksperimentele groep voor en na die selfontwikkelingsprogram in verhouding tot die kontrolegroep nie. Enige verskil is bloot toevallig en kan aan kansfaktore toegeskryf word.

Vir alle hipoteses geld die 1% en 5% waarskynlikheidsvlak.

### 3.4 Verwerking van die resultate

Die rou gegewens van die evalueringsbattery is met behulp van die rekenaarprogram, BMDP 3D - "One sample and two sample T tests" verwerk. (Die hersieningsdatum is April 1982 en die program is deur Health Science Computing Facility (HSCF), University of California, Los Angeles ontwikkel).

### 3.5 Bespreking van die resultate

#### 3.5.1 Massabepaling

Die massabepalingsresultate word soos volg gerapporteer:

- die ondersoekgroep se voor-evalueringsresultate (vergelyk bylaag 2),
- die ondersoekgroep se na-evalueringsresultate (vergelyk bylaag 3),
- die ondersoekgroep se drie maande-na-evalueringsresultate (vergelyk bylaag 4),
- die kontrolegroep se voor-evalueringsresultate (vergelyk bylaag 5),
- Die kontrolegroep se na-evalueringsresultate (vergelyk bylaag 6) en
- die kontrolegroep se drie-maande-na-evalueringsresultate (vergelyk bylaag 7).

Die resultate is soos volg:

##### 3.5.1.1 Voor-na-evaluering

Geen beduidende verskille is op die voor- en na evaluasie op die massabepaling gevind nie.

### 3.5.1.2 Na-drie-maande-evaluasie

Geen beduidende verskille is op die na-drie-maande-evaluasie op die massabepaling gevind nie.

### 3.5.2 Die POI

Die resultate van die POI word soos volg geraporteer:

- die eksperimentele groep se voor-evalueringsresultate (vergelyk bylaag 8),
- die eksperimentele groep se na-evalueringsresultate (vergelyk bylaag 9),
- die eksperimentele groep se drie-maande-na-evalueringsresultate (vergelyk bylaag 10),
- die kontrolegroep se voor-evalueringsresultate (vergelyk bylaag 11),
- die kontrolegroep se na-evalueringsresultate (vergelyk bylaag 12),
- die kontrole groep se drie-maande-na-evalueringsresultate (vergelyk bylaag 13).

Die resultate is soos volg:

### 3.5.2.1 Voor-na-evaluering

Nie-beduidende verskille is op die volgende POI-faktore gevind:

- tydoriëntasie,
- innerlike oriëntasie,
- selfaktualiseringswaarde,
- eksistensialiteit,
- gevoelsreaktiwiteit,
- selfaanvaarding,
- menslike natuur konstruktief,
- sinergie en
- aanvaarding van aggressie.

Beduidende positiewe verskille is op die volgende faktore gevind:

- selfagting,
- vermoë tot intieme kontak (albei op die 5%-betekenisspeil) en
- spontaneïteit (op die 1%-betekenisspeil).

### 3.5.2.2 Na-3-maande-evaluasie

Geen buidende verskille is op die na- en die 3-maande-evaluasie op die POI gevind nie.

### 3.5.3 Die PHSF

Die resultate van die PHSF word soos volg gerapporteer:

- die ondersoekgroep se voor-evalueringsresultate (vergelyk bylaag 14),
- die ondersoekgroep se na-evalueringsresultate (vergelyk bylaag 15),
- die ondersoekgroep se drie-maande-na-evalueringsresultate (vergelyk bylaag 16),
- die kontrolegroep se voor-evalueringsresultate (vergelyk bylaag 17),
- die kontrolegroep se na-evalueringsresultate (vergelyk bylaag 18) en
- die kontrolegroep se drie-maande-na-evalueringsresultate (vergelyk bylaag 19).

Die resultate is soos volg:

#### 3.5.3.1 Voor-na-evaluering:

Nie-beduidende verskille is op die volgende PHSF-faktore gevind:

- selfbeheer,
- gesondheid,
- gesinsinvloede,
- persoonlike vryheid,
- sosialiteit -S,

- morele inslag,
- formele verhoudinge,
- gewensheidskaal.

Beduidende positiewe verskille is op die volgende faktore gevind:

- selfvertroue,
- eiewaarde,
- senuweeagtigheid (al drie op die 5%-betekenispeil) en
- sosialiteit -G (op die 1%-betekenispeil).

#### 3.5.3.2 Na-drie-maande-evaluasie:

Geen beduidende verskille is op die na- en die 3-maande-evaluasie op die PHSF gevind nie.

### 3.6 Samevatting

In hierdie hoofstuk is die empiriese ondersoek beskryf en die resultate daarvan gerapporteer.

In hoofstuk vier word die resultate bespreek en aanbevelings vir verdere ondersoek geformuleer.

## HOOFSTUK 4

### GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS

#### INLEIDING

In hoofstuk drie is die metode waarop die selfontwikkelingsprogram uitgevoer is uiteengesit. In hierdie hoofstuk word gevolgtrekkings en aanbevelings op grond van resultate aangedui.

#### 4.1 Gevolgtrekkings

Uit die resultate van die empiriese ondersoek, soos in hoofstuk drie gerapporteer, kan die volgende gevolgtrekkings geformuleer word:

Met betrekking tot hipotesestelling:

$H_0$  : (p.41) die nulhipotese word gedeeltelik verwerp omdat positief-bedeutende verskille op die faktore

- selfagting,
- vermoë tot intieme kontak, en
- spontaniteit van die POI en
- selfvertroue,
- eiewaarde,



- senuweeagtigheid en
- sosialiteit -G op die PHSF verkry is.

$H_1$  : (p. 41) Ditkan nie verwerp word nie aangesien ,  
geen beduidende massavermindering plaasgevind  
het nie.

$H_2$  : (p.41)  $H_2$  word verwerp aangesien positief-be=  
duidende verskille voorgekom het op faktore

- selfagting,
- vermoë tot intieme kontak en
- spontaneiteit van die POI.

$H_3$  : (p.42)  $H_3$  word verwerp aangesien positief-bedui=  
dende verskille voorgekom het op faktore

- selfvertroue,
- eiewaarde,
- senuweeagtigheid en
- sosialiteit -G van die PHSF.

#### Interpretasie:

h Selfontwikkelingsprogram (soos bespreek en toege=  
pas in hoofstuk drie) lei tot die volgende gedrags=  
verandering:

h verhoging in selfagting, vermoë tot intieme kon=  
tak en spontaneiteit (soos gemeet deur die POI),  
verhoogde selfvertroueen eiewaarde, h verlaging  
in senuweeagtigheid en beter algemene sosiale aan=

passing (sosialiteit G) (soos gemeet deur die PHSF.

Hierdie selfontwikkelingsprogram lei tot geen be=duidende massatoename of -verlies nie.

Met verwysing na die teorie van psigologiese ge=sondheid (soos bespreek in hoofstuk 2), kan die volgende gemeld word:

- in terme van intrapersoonlike beleving.

Hierdie selfontwikkelingsprogram lei tot meer op=timale intra-persoonlike beleving daarin dat die individu wat die program deurloop, beduidende hoër selfagting, selfvertroue en eiewaarde toon.

- in terme van interpersoonlike beleving.

↳ Hierdie selfontwikkelingsprogram lei tot meer opti=male interpersoonlike beleving daarin dat die in=dividu wat die program deurloop se algemene sosiale aanpassing, interpersoonlike spontaneïteit, senu=weeagtigheid en vermoë tot intieme persoonlike kontak beduidend verhoog.

Resultate  
Met ander woorde, na aanleiding van hierdie inter=pretasie kan die stelling gemaak word dat die self=ontwikkelingsprogram 'n bydrae gelewer het tot die obese dames se groei na psigologiese gesondheid. Waar hierdie dames voor die program 'n lae self=

waarde, lae selfvertroue en skugter voorgekom het, het hulle nou beduidende hoër selfagting, selfvertroue en eiewaarde getoon. Ook het hul algemene sosiale aanpassing en interpersoonlike spontaneiteit baie verhoog.

#### 4.2 Aanbevelings - NB no 6.

Ten einde aanbevelings te kan formuleer, moet die volgende punte van kritiek eers genoem word.

1. Indien die program oor meer as ses sessies gestrek het (moontlik oor twaalf) sou beter resultate in terme van die psigologiese verandering bewerk kon word.
2. In terme van statistiese verwerking, sou 'n groter ondersoekgroep waarskynlik meer beduidende resultate kon lewer. Aan die ander kant moes die groep beperk word tot ongeveer sewe persone, 'n aansluiting by die teoretiese voorskrifte vir selfontwikkelingsprogramme (vergeelyk hoofstuk twee).

Uit die bespreking van die resultate en bogenoemde punte van kritiek word die volgende aanbeveel:

1. In enige massavermindingsprogram van obese individue moet daar nie slegs aan voedselinname

aandag geskenk word nie, maar ook aan die individu se psigologiese gesondheid (vergelyk die positiewe resultate van hierdie ondersoek).

2. Om optimale resultate te verkry in 'n selfontwikkelingsprogram vir obese persone, is dit nodig om opvolgessies te hou waarin daar op 'n later stadium oor eetgewoontes as deel van 'n gesonde lewenstyl gepraat word (vergelyk die negatiewe resultate in terme van massaverlies in hierdie ondersoek).
3. In die terapie by obesiteit moet die totale funksionering (die Gestalt) van die individu betrek word, dit wil sê die fisiese sowel as die psigologiese (vergelyk die resultate van hierdie ondersoek). Wanneer albei aspekte terapeuties benader word, sal die obese persoon tot psigologiese gesondheid kan groei.

#### OPSOMMING

In hoofstuk vier is na aanleiding van die statistiese gegewens gevolgtrekkings gemaak, kritiek teenoor aspekte van die studie uitgespreek en aanbevelings gemaak.

## OPSOMMING

In die verpleegkunde - en meer spesifiek die psigiatriese verpleegkunde - speel geestesgesondheid, primêre gesondheidsorg en die optimalisering van menslike potensialiteite in die jongste tyd 'n al groter rol. In die praktisering van gesondheidsdienste word egter tans gevind dat die benadering meer reaktief as aksie-georiënteerd is. Die doelstelling van hierdie ondersoek is 'n poging om in die praktyk nie slegs geestesongesteldheid te voorkom nie, maar ook geestesgesondheid te bevorder deur die optimalisering van menslike groei-potensiaal.

Psigologiese faktore speel 'n beduidende rol in die etiologie van obesiteit en die groeipsigoterapeutiese benadering as terapie toon die hoogste prognostiese waarde. Die kleingroepservaring, met sy klem op selfontwikkeling word beskou as 'n hoogs bruikbare tegniek vir die verkryging van insig in die self en die aflegging van destruktiewe, neurotiese gedragpatrone.

In aansluiting by genoemde doelstelling is só 'n selfontwikkelingsprogram volgens die vereistes daarvoor vanuit die literatuur saamgestel en toegepas op 'n groep obese damestudente. Die eksperimenteleontwerp het bestaan uit 'n voor-, na- en

en na-drie-maande-evaluering met fisiese en psigologiese meetinstrumente op 'n eksperimentele en kontrolegroep.

Die selfontwikkelingsprogram het gelei tot die volgende gedragsveranderinge:

'n verhoging in selfagting en die vermoë tot intimiese kontak en spontaneïteit, verhoogde selfvertroue en eiewaarde, 'n verlaging in sensuueagtigheid en beter algemene sosiale aanpassing. Hierdie selfontwikkelingsprogram het tot geen beduidende massa-toename of -verlies gelei nie.

Uit hierdie resultate is aanbevelings geformuleer. Die primêre aanbeveling is dat daar in enige massa verminderingsprogram op die fisiese sowel as die psigologiese aspekte van die individu gekonsentreer moet word.

## SUMMARY

In the field of nursing and more specifically psychiatric nursing, mental health, primary health care and the optimalization of human potential are playing a greater role lately. In the practice of health services it presently found that the approach is more reactive than action orientated. The purpose of this study is not only to prevent mental disease, but also to promote mental health, through the optimalization of human growth potential.

Psychological factors play a vital part in the etiology of obesity and the growth psychotherapy approach shows the highest prognostic value as method of therapy. The small group experience, with its stress on self-development is regarded as a highly effective technique for the facilitation of self-insight and the elimination of destructive, neurotic behaviour patterns.

For the purpose of this study, a self-development programme was compiled in accordance with the requirements specified in the literature, and applied to a group of obese female students. The experimental design comprised a pre, post and after three months evaluation with physical and psychological measuring-instruments on an experimental and control group.

The self-development programme led to the following changes in behaviour: increased self-regard and capacity for intimate contact and spontaneity, increased self-confidence and self-worthiness, a decrease in nervousness and better general social adaptation. This self-development programme led to no significant mass increase or decrease.

From these results, recommendations were formulated. The primary recommendation is that in any mass reducing program special attention must be given to the physical and psychological characteristics of the person.



## B I B L I O G R A F I E

- ADLER, A. 1963. The man and his work Triumph over the inferiority complex. Mentor Books, New York.
- ALLPORT, G.W. 1951. Personality. A psychological interpretation. New York: Henry Holt.
- BAIRD, I.M. & HOWARD, A.N. 1969. Obesity Medical and Scientific Aspects. Edinburgh and London: E. & S. Livingstone Ltd.
- BANET, A.G. 1976. Inventory of self-actualizing characteristics (ISAC). The 1976 Annual handbook for group facilitators. University Associates.
- CARKHUFF, R.R. 1969. Helping and human relations Vol. 2. Practice and research. Holt, Rineholt, Winston: London.
- CILLIERS, F.V.N. 1983. Persoonlikheids=psigologie. Wesvalia, Potchefstroom.
- CLAUS, K.E. & BAILEY, J.T. 1977. Power and influence in health care. A new approach to leadership. The C.V. Mosby Company, Saint Louis.

- COETZEE, J.J.L. 1983. Selfbeeld instandhouding vir die moderne Bestuurder. Referaat gelewer by Simposium: Opleiding en Ontwikkeling van mannekrag.
- COOPER, C.I. & MANGHAM, I.L. 1971. T-groups: A survey of research. Willey Interscience: London.
- CRADDOCK, D. 1973. Obesity and its management. London: E & S Livingstone Limited.
- DE LAMATER, PAUL, V. 1981. Obesity-Incidence, Causes, Prevention and Treatment. Occupational Health Nursing, 29(9): 22 - 24, Sept.
- DEPARTEMENT VAN GESONDHEID EN WYLSYN BULLETIN. 358. Bulletin, 379.
- EGAN, GERALD. 1977. You and me. The skills of communicating and relating to others. Brooks/Cole Publishing company Monterey, California.
- ERNST, S. & GOODISON, L. 1982. In our own hands. A Book of Self-Help Therapy. The Women's Press Limited, London.

- FOREYT, J.P. 1977. Preface (In Foreyt J.P., red. Behavioural Treatment of 'Obesity. Oxford: Pergamon Press.
- FOUCHE & GROBBELAAR. 1971. Handleiding by die gebruik van die PHSF-verhoudingsvraelys. RGN Pretoria.
- GERHARDT, C., ROBBERTSE, J., LAUBSCHER, N.F. & DU PLESSIS, J.P. 1974. Obesity- A Psycholigical Study. Suid-Afrikaanse mediese tydskrif, 48 (60): 2507 - 2508, Des. 11.
- GRAY, W.A. & GERRARD, B.A. 1981. Understanding Yourself and others: A student Acti= vity Book of Psychological Experiments and Activities. Harper and Row Publishers, New York.
- GOUWS, L.A., LOUW, D.A., MEYER, W.F., PLUG, C. 1979. Psigologie Woordeboek. Johannes= burg: McGraw-Hill.
- HORNEY, K. 1947. The neurotic personality of our time. W.W. Norton & Co. New York.
- HORNEY, K. 1950. Neurosis and human growth. The Struggle toward self-realization. W.W. Norton & Co.: New York.

- HURLOCK, E.B. 1964. Child development. fourth edition. McGraw-Hill Book Company: New York.
- JANOV, A. 1978. The primal scream. Abacus, London.
- JOHNSON, D.W. 1981. Reaching out Interpersonal Effectiveness and Self-actualization. Second edition. Prentice-Hall, Inc. Englewood Cliffs, New Jersey.
- JOHNSON, D.W. & JOHNSON, F.P. 1982. Joining together. Group theory and group skills. Prentice-Hall. Englewood Cliffs: New Jersey.
- JOURARD, S.M. 1968. Disclosing man to himself. D. van Nostrand Co.: New York.
- JOURARD, S.M. 1971. The transparant self. New York: Van Nostrand.
- JUNG, C.G. 1975. Memories Dreams Reflections. London: Collins Fontana Library.
- KAHN, A.N. 1978. Group Education for the overweight. American Journal of Nursing, 78 (2): 254, Febr.

- KAPLAN, H.I. & SADOCK, B.J. 1981. Modern Synopsis of Comprehensive Textbook of Psychiatry / III. 3e uitgawe. Williams & Wilkins. Baltimore/London.
- KNAPP, R.R. 1976. Handbook for the personal orientation inventory. Edits Publishers, San Diago, California.
- LANGFORD, RAE, W. 1981. Teenagers and obesity. American Journal of Nursing, 81(3): 556 - 559, Mrt.
- LEWIS, CAROL WEST. 1978. Body Image and obesity. Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health Services, 16(1): 22 - 24, Jan.
- LUFT, J. 1970. Group processes - An introduction to group dynamics. Mayfield Palo Alto: California.
- MODDI, S.R. 1980. Personality theories: a comparative analysis. (3de uitgawe). Dorsey Press: Illinois.
- MASLOW, A.H. 1971. The farther reaches of human nature. New York: Penguin Books.

- MAYER, J. 1968. Overweight Causes, Cost, and Control. London: Prentice-Hall.
- MÖLLER, A.T. 1980. Inleiding tot die persoonlikheidsielkunde. Butterworth Durban-Pretoria.
- NEL, M.C.P. 1975. 'n Persoonliheidsbeeld van adolessente meisies wat aan obesiteit ly. Potchefstroom. 95p. (Skripsie (MA Kliniese sielkunde)-PU vir CHO).
- NEWSTROM, J.W. & SCANNELL, E.E. 1980. Games trainers play. Experiential learning exercises. McGraw-Hill: New York.
- OOSTHUIZEN, S. 1977. 'n Inleiding tot Sielkunde Statistiek Deel II. Pro Rege-Pers Beperk, Potchefstroom.
- PEDLER, M. BURGOYNE, J., BOYDELL, T. 1978. A Manager's Guide to Selfdevelopment. McGraw-Hill Book Company: London.
- PERLS, F.S. 1976. Gestalt therapy verbatim. New York: Bantam Books.
- PERLS, F.S. 1978. The Gestalt approach and eye witness to therapy. Bantam, New York.

- POGGENPOEL, M. 1981. Die funksie van die ge= registreerde Psigiatriese Verpleegkundige in die RSA. Ongepubliseerde D.Phil (Ver= pleegkunde-Psigiatries) Proefskrif. Pot= chefstroom.
- ROGERS, C.R. 1975. On becoming a person: A therapists view of psychotherapy. London: Constable.
- ROGERS, C.R. 1975 (a) Encounter groups. Pen= quin Books: London.
- RUBIN, I.C. & NOVAK, J. 1956. Integrated Genecology Principles and Practice Volume II. London: McGraw-Hill.
- SAMUELS, S.C. 1977. Enhancing Self-concept in early childhood theory and practice. New York: Human Sciences press.
- SLOAN, A.W. 1970. Obesity. Suid-Afrikaanse tydskrif vir wetenskap, 66(12):374 - 379, Desember.
- SMITH, H.C. 1973. Sensitivity training. New York: McGraw-Hill.

- SOLOMON, L.N. & BERZON, B. 1977. New Perspectives on encounter groups. San Francisco: Jossey-Bass Inc.
- STRONG, J.A. 1975. The Problem of Obesity. Suid-Afrikaanse mediese tydskrif, 49(13): 459 - 461, Mrt. 22.
- STUART, G.W., SUNDEEN, S.J. 1979. Principles and practice of Psychiatric nursing. The C.V. Mosby Company: London.
- TYMKIW, G. 1978. Obesity: A challenge for patient teaching. The Canadian Nurse, 74(10):42 - 44, November.
- VAN DER WESTHUIZEN, J.G.L. 1979. Handleiding vir die gebruik van Sielkundige en skolas-tiese toetse as hulpmiddels by skoolvoortelting. Suid-Afrikaanse Raad vir Geestes Wetenskaplike Navorsing.
- VLOK, M.E. 1974. Manual of Basic Nursing. Durban: Hayne and Gibson.
- WERKMAN, S.L. & GREENBERG, E.S. Personality and interests patterns in obese adolescent girls. Psychosom. med. 29(1): 72, 1967.



WHITE, J.H. & SCHROEDER, M.A. 1981. Nursing Assessment. American Journal of Nursing, 81(3): 550 - 553, Mrt.

WINEMAN, N.M. 1980. Obesity: Locus of control, Body Image, Weight Loss and Age-at-onset. Nursing Research, 29(4):231 - 237, July/August.

## BYLAAG 1

### VERLOOP VAN DIE SELFONTWIKKELINGSPROGRAM

Die ses sessies van die selfontwikkelingsprogram het soos volg verloop (vir verwysings in verband met vraelyste en groepsoefeninge, vergelyk 3.2.2 p. 32):

#### Groepsessie 1: Inleiding

- 1.1 Die groepsleier heet almal welkom en stel haarself voor, en een dame stel die groepslede aan die groepsleier voor.
- 1.2 Die groepslede het saam die volgende reëls opgestel:
  - volle deelname deur almal,
  - alle persone moet alle sessies bywoon,
  - geen persoon moet laat kom nie, en
  - persone moet mekaar nie in die rede val nie.
- 1.3 Die Johari-venster-konsep is aan die groepslede verduidelik met die oog daarop om die groepsproses van openbaarmaking en terugvoer meer konkreet te maak.
- 1.4 Oefening: Jong vrou/ou vrou.  
Drie van die groepslede het die ou vrou en

vier van die groepslede het die jong vrou gesien.

- 1.5 Die leier bespreek die POI- en PHSF-resultate met die groepslede.
- 1.6 Na aanleiding van hul resultate het die groepslede die volgende groepsdoelstellings bepaal:
  - elkeen wil hul selfbeeld verhoog,
  - proefpersone wil meer spontaan kan optree,
  - meer selfaanvaardend wees,
  - meer selfvertroue hê,
  - positiewe interpersoonlike verhoudings kan handhaaf.
- 1.7 'n Vraelys gebaseer op die Transaksionele Model is ingevul en bespreek. By drie persone was die telling by die versorgende ouer die hoogste en by twee persone was die telling by die aangepaste kind die hoogste. By die oorblywende twee persone was die telling by die volwasse egostaat die hoogste.

## Groepsessie 2: Selfopenbaring

- 2.1 Die groepleier noem die reëls en doelstellings wat met die vorige sessie opgestel is, praat weer oor die Johari-venster en verduidelik die term selfopenbaring.

Die proefpersone voltooi die "Ek is"-oefening.  
Die volgende response is gemaak en bespreek.

Persoon 1 - Ek is bang om mense seer te maak.  
Ek is oorgewig.  
Ek is afhanklik van andere se goedkeuring.

Persoon 2 - Ek is lief vir mense.  
- Ek is nuuskierig.  
- Ek is vrolik.

Persoon 3 - Ek is 'n Christen.  
Ek is jammer vir alleen-mense.  
Ek is verknog aan die verlede.

Persoon 4 - Ek is bang vir my gevoelens.  
Ek is vet.  
Ek is bang andere kry seer.

Persoon 5 - Ek is taamliek gefrustreerd.  
Ek is nuuskierig.

Persoon 6 - Ek is skaam.  
Ek is bang om my gevoelens te wys.  
Ek is ongemaklik as daar te veel mense om my is.

Persoon 7 - Ek is onseker van myself.  
Ek is hardwerkend.

Ek is bang om my gevoelens te wys.

Die proefpersone het gevoel dit is moeilik om oor hulself te skryf want hulle dink nooit s6 oor hulself nie. Verder het hulle ook gevoel dit is 'n openbaring om te hoor hoe andere hul- le ervaar.

Vervolgens het die proefpersone die onvoltooi- de sin oefening voltooi.

Die volgende response is gelewer:

Ek kry seer as:

iemand vir my lag  
iemand my vals beskuldig  
andere nie van my hou nie  
ander mense sukkel en swaarkry  
iemand anders mense te na kom  
ek ongelukkige, eensame, eenvoudige  
mense sien.

As mense my prys:

voel ek skaam  
voel ek in die verleentheid  
voel ek selfbewus.

As ek iemand iets van myself vertel waarvan ek self nie hou nie:

is ek bang die persoon is lelik agterna  
teenoor my  
is ek bang ek word verwerp  
is ek bang die persoon neem dit verkeerd  
op word ek skaam  
maak ek 'n grap daarvan  
ek doen dit glad nie.

Ek voel alleen as:

ek hartseer is  
ek iets nie kan regkry nie en daar is  
niemand om mee te gesels nie  
ek diep dink  
ek verlang.

Die groepskohesie is deur hierdie oefening bevorder  
deurdat verskillende studente dieselfde response  
gegee het.

### Groepsessie 3: Gevoelsuitdrukking

Die groepsleier praat weer oor die "Ek is ..." -oefe-  
ning en bespreek die teorie oor die uitdruk van ge-  
voelens en emosies (Egan, 1977, 73 -87).

3.1 Die proefpersone het die "oefening in gevoelens  
oor jouself" voltooi en bespreek.

Die persone het gevoel dit is moeiliker as die  
"Ek is ..." -oefening omdat dit nader aan hul-  
self is.

Response wat bespreek is:

Ek voel skaam as:

ek ondankbaar is  
ek ontevrede is met myself  
ek by vreemde mense is  
ek oneerlik met iemand was.

Ek dink ek is OK as:

ek iets goeds vir iemand gedoen het  
ek nie saam geskinder het nie  
ek iets reggekry het  
ek myself is, my foute aanvaar en dankbaar  
is.

Ek dink ek is nie OK, as:

ek lui en depressief is  
ek skinder  
ek met iemand anders baklei  
ek nie my swakheid kan oorbrug nie.

As ek dink wat andere my oor myself vertel:

lag ek soms, huil ek soms, voel ek soms  
gelukkig  
as dit iets goeds is, is ek skaam of  
voel ek sleg  
voel ek magteloos, en dink ek daar is  
iets verkeerd  
kry ek skaam.

Ek raak depressief as:

ek misluk  
ek besluitloos is  
ek alleen is  
ek hartseer is.

Vervolgens het die proefpersone die vraelys oor gepaste uitdrukking van gevoel en emosie ingevul en bespreek. Die volgende response is gegee:

Ek voel dit is OK om my gevoel uit te druk, en daaroor te praat:

ek hou alles binne, praat nie daaroor nie  
ek dink dit is goed, maar ek doen dit nie.

Daar is gevoelens wat ek oordryf:

ja - as ek wil huil, doen ek dit goed  
ek kan soms oor die kleinste dingetjie  
huil  
as ek kwaad is, word ek baie kwaad.  
Vier proefpersone antwoord nee.

Ek kontroleer my emosies te veel:

vyf proefpersone antwoord bevestigend.

Ek voel ek het die reg om emosioneel te wees:  
al die proefpersone antwoord Ja.



Ek word bang as andere hul emosies uitdruk:

Ek stop ander nie, ek probeer verstaan.

Soms weet ek nie wat om te doen nie.

Ek laat die persoon klaar huil.

Ek word bang, maar ek bly net stil.

#### Groepsessie 4: Konkretisering van gevoelens ekspressie en fantasie

4.1 Die proefpersone word deur die groepleier gevra om te dink watter dele van hul liggaam maak hulle gespanne en watter dele nie.

Persoon 1: aanvaarbaar - voete  
onaanvaarbaar - arms, bo-bene  
terugvoer van= sy is baie  
af die groep - elegant

Persoon 2: aanvaarbaar - hare  
onaanvaarbaar - middellyf

Persoon 3: aanvaarbaar - mond, voete,  
tande, buuste.  
onaanvaarbaar - oë, wil graag  
groot oë hê  
terugvoer van=  
af die groep - mooi wenkbroue

Persoon 4: aanvaarbaar - hare en naels  
onaanvaarbaar - heupe en buuste

	terugvoer vanaf die groep	- gesig en oë is baie aantreklik
Persoon 5:	aanvaarbaar	- onder-arms en onder-bene
	onaanvaarbaar	- bo-bene en boude
Persoon 6:	aanvaarbaar	- oë en hande
	onaanvaarbaar	- bo-arms en bo- bene

Die groepslede het opgemerk hulle voel nou baie rustiger in die groep en die terugvoer wat hulle gekry het, laat hulle beseft ander voel ook soos hulle.

Vervolgens is die groepslede gevra om iets te vertel wat sy vandag gedoen het waarvoor sy goed voel.

Die volgende response is gegee en bespreek:

Persoon 1: Ek het drie kitaardrukke bygeleer.

Persoon 2: Ek het nie vandag vir my kamermaat kwaad geword nie, maar haar ondersteun vir 'n toets wat voorlê.

Persoon 3: Ek het vir persoon 1 iets gaan koop om te eet.

Persoon 4: Ek het vandag nooit brood ge-eet nie.

Persoon 5: Ek het uit my pad gegaan om 'n ander meisie te groet.

Persoon 6: Ek het nooit vandag skaam geword nie.

Persoon 7: Ek het skoolmaats wat altyd stroef  
met my was raakgeloop en ons het lek=  
ker gesels.

4.2 'n Fantasie-oefening is gedoen. Die volgende  
response is gegee:

1. Jy loop af in 'n donker straat. Onder die  
straatlamp staan 'n dogtertjie en huil, wat  
gaan jy maak?

Persoon 4: Ek sal haar troos, en vra hoekom en  
probeer haar help,  
ek sal haar saam met my neem.

2. Jy is in die kafeteria, jy loop met jou skink=  
bord en daar is baie mense, maar eenkant al=  
leen sit iemand en eet. Wat sal jy maak?

Persoon 5: Ek sal by hom gaan sit, vra of hy om=  
gee en probeer gesels.

Persoon 4: Ek sal rondstaan en nie weet wat om  
te maak nie.

Persoon 2: Ek sal nie daar gaan sit nie.

Persoon 1: Ek sal nie daar gaan sit nie.

Persoon 7: Ek sal eerder gaan sit net omdat ek  
nie wil hê ander moet my so sien rond=  
staan nie.

Persoon 3: Ek sal 'n "wegneemete" koop en onder

die boom eet of loop en eet.

3. Jy gaan na 'n partytjie toe, kry iets om te drink, staan in 'n groep en gesels. Jy sien 'n persoon alleen staan, jy ken hom nie. Na 10 minute staan hy nog alleen. Wat sal jy maak?

Persoon 1: Ek sal nie alleen na hom gaan nie, ek sal die ander lede van die groep betrek om hom so nader te trek.

Persoon 7: Ek sal as 'n groep hom benader.

Persoon 3: Ek sal na hom toe gaan, ek hou nie daarvan mense moet alleen wees nie.

Persoon 5: Ek sal na hom toe gaan en gesels.

Persoon 4: Ek sal vra of hy nie saam met ons wil gesels nie.

Persoon 2: Ek sal hom ook net in die groep wil betrek.

4. Jy sit in die klas, almal maak snedige opmerkings oor 'n persoon wat buite die groep is. Jy kyk op en daardie persoon vang jou oog. Wat doen jy?

Persoon 2: Ek weet glad nie.

Persoon 4: Ek sal net grootoog luister.

Persoon 1: Ek sal net vir daardie persoon glimlag.

Persoon 5: Ek sal 'n grap maak en op daardie ou van toepassing maak.

Persoon 3: Ek wys ek raak baie kwaad, maar tog sê ek niks nie.

5. 'n Nuwe student, van 'n ander universiteit vertel net hoe oulik alles daar is en hoe agteraf alles hier is. Wat maak jy?

Persoon 7: Hoekom het jy hierheen gekom? Jy kan nie net op die oogaf vergelyk en beoordeel nie.

Persoon 4: Ek vererg my so. Hoekom is jy nie nog daar nie?

Persoon 1: Ek raak sarkasties.

6. 'n Student wat langs jou sit in die klas maak heeltyd aanmerkings oor die dosent. Wat maak jy?

Persoon 3: Ek sal hom probeer maniere leer.

Persoon 5: Ek sal vra: Betaal jy klasgeld?

Persoon 2: Ek sal hom nie-verbaal wys hy irriteer my.

Persoon 4: Ek is ongeskik, ek voeg daardie een iets toe.

Persoon 1: Ek raak ongeskik en sarkasties.

7. 'n Oefening is gedoen waar die proefpersone gevra is waaraan die ander groepslede hulle laat dink.

Die volgende response is deur die proefpersone

gegee:

- Persoon 1: 'n Springbok, maar sy is die leier van die groep.
- Persoon 2: 'n Poedelhondjie. 'n Pandabeertjie.
- Persoon 3: Pastoriemoedertjie. 'n Skilpad.
- Persoon 4: Porseleinpoppie.
- Persoon 5: "All kinds of everything".
- Persoon 6: Deftige Engelse dame.
- Persoon 7: Spaanse danseressie.

Die groepslede het gesê dit was vir hulle 'n ontspannende, maar tog insiggewende oefening.

#### Groepsessie 5: Aanvaarding

'n Oefening in verkryging van nie-verbale aanvaarding is gedoen. Al die groepslede staan styf teen mekaar, een persoon is buite die kring en poog om in te kom. Die groepslede het gesê dit was vir hulle moeilik om die ander persoon buite te hou en wou haar graag inlaat. Die persone wat buite die groep was het gesê dit is nie lekker om uitgesluit te word nie. Hulle wou almal graag deel van die groep wees, maar wou hulleself tog nie opdring aan die ander nie.

Tweedens is 'n oefening in verband met uitdrukking van aanvaarding vir andere gedoen, waar een persoon in die middel van die kring staan met haar

oë toe. Die ander persone dra aan haar hul positiese gevoelens teenoor haar oor.

Na die oefening het die opmerkings van die groepslede gewissel tussen, "dit voel vreemd", "ek voel ek word aanvaar", "voel andere is met my", "dit was lekker".

Hierna het van die groepslede spontaan vertel watter dinge wat eers vir hulle 'n probleem was, hulle alleen kan hanteer.

#### Groepsessie 6: Afsluiting

Die groepslede maak 'n opsomming van wat gedurende die sessies gebeur het. Hierna skryf elkeen 'n evaluasie van die groep. Wanneer 'n opsomming gemaak word van al die evaluasies, kan gesê word dat die proefpersone voel hulle het baie by die sessies gebaat. Hulle sien hulself as uniek en menswaardig en, soos een persoon gesê het: "Ek was nie OK voor hierdie sessies nie. Nou is ek OK".

Hierna het die groepslede die POI- en PHSF-vraelyste voltooi en hul massas is bepaal.

## BYLAAG 2

Massa - voor-evalueringstellingen van die eksperimentele groep.

	Persone						
	1	2	3	4	5	6	7
Massa in kg	83	78	83	79	78	90	80

## BYLAAG 3

Massa-na-evalueringstellingen van die eksperimentele groep.

	Persone						
	1	2	3	4	5	6	7
Massa in kg.	81	77	83	79	76	87	80

## BYLAAG 4

Massa drie maande na-evalueringstellingen van die eksperimentele groep.

	Persone						
	1	2	3	4	5	6	7
Massa in kg.	80	76	81	77	74	85	78



## BYLAAG 5

Massa-voor-evalueringstellingen van die kontrole-groep.

	Persone						
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>
Massa in kg.	75	75	79	85	67	84	79

## BYLAAG 6

Massa-na-evalueringstellingen van die kontrole-groep.

	Persone						
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>
Massa in kg.	75	75	80	85	72	84	77

## BYLAAG 7

Massa drie maande na-evalueringstellingen van die kontrolegroep.

	Persone						
	<u>1</u>	<u>2</u>	<u>3</u>	<u>4</u>	<u>5</u>	<u>6</u>	<u>7</u>
Massa in kg.	76	75	79	83	81	82	80

BYLAAG 8

POI-voor-evalueringstellings van die eksperimentele groep.

Dimensie	Persone						
	1	2	3	4	5	6	7
Tydoriëntasie	41	48	22	34	34	20	41
Innerlike oriëntasie	42	44	34	42	28	24	35
Selfaktualiserings= waarde	49	49	54	44	44	29	44
Eksistensialiteit	41	38	31	43	25	33	36
Gevoelsreaktiwiteit	28	52	48	43	31	28	42
Spontaneïteit	48	48	42	42	45	35	38
Selfagting	44	51	34	51	28	19	43
Selfaanvaarding	58	36	34	45	29	32	29
Menslike natuur-konstr.	47	54	33	38	34	48	38
Sinergie	55	55	48	31	38	22	39
Aanvaarding van aggres= sie	33	52	45	42	39	23	39
Vermoë tot intieme kontak	32	46	28	48	32	18	36

## BYLAAG 9

### POI-na-evalueringstellings van die ekseprimentele groep

Dimensies	Persone						
	1	2	3	4	5	6	7
Tydoriëntasie	58	48	26	34	44	30	55
Innerlike oriëntasie	63	45	36	43	59	36	51
Selfaktualiseringswaarde	64	56	57	46	63	26	38
Eksistensialiteit	57	43	31	37	28	36	36
Gevoelsreaktiwiteit	52	56	46	48	59	29	38
Spontaneiteit	65	52	48	58	56	45	58
Selfagting	66	58	46	57	56	40	63
Selfaanvaarding	58	53	36	45	38	40	43
Menslike natuur-konstrukt.	58	54	37	43	37	51	64
Sinerjie	65	55	38	39	38	48	31
Aanvaarding van aggressie	61	54	45	45	54	45	39
Vermoë tot intieme kontak	58	53	36	51	50	40	44

BYLAAG 10

84

POI- Drie maande na-evalueringstellings van die eksperimentele groep.

Dimensies	Persone						
	1	2	3	4	5	6	7
Tydoriëntasie	58	48	22	34	44	30	55
Innerlike oriëntasie	59	44	37	43	58	38	38
Selfaktualiseringswaarde	66	56	59	46	49	29	47
Eksistensialiteit	58	38	28	43	28	36	38
Gevoelsreaktiwiteit	52	54	46	50	57	29	38
Spontaneïteit	65	48	45	58	58	46	54
Selfagting	66	58	51	58	58	43	57
Selfaanvaarding	58	45	36	47	35	38	39
Menslike natuur-konstruktief	47	54	43	43	37	51	43
Sinergie	65	55	38	39	38	46	31
Aanvaarding van aggressie	58	52	45	47	57	47	39
Vermoë tot intieme kontak	58	48	36	54	54	44	38

BYLAAG 11

## POI-voor-evalueringstellings van die kontrolegroep

Dimensies	Persone						
	1	2	3	4	5	6	7
Tydoriëntasie	22	48	41	34	41	15	43
Innerlike oriëntasie	32	43	38	22	42	34	45
Selfaktualiseringswaarde	36	64	38	36	55	38	45
Eksistensialiteit	37	46	34	21	43	41	37
Gevoelsraktiwiteit	36	34	38	38	54	52	45
Spontaneïteit	48	42	38	42	38	54	58
Selfagting	31	51	38	17	28	32	54
Selfaanvaarding	34	47	43	35	37	33	50
Menslike natuur-konstruktief	28	47	33	28	58	34	54
Sinergie	31	47	38	38	55	31	31
Aanvaarding van aggressie	29	39	48	38	64	32	45
Vermoë tot intieme kontak	42	34	44	27	36	38	47

BYLAAG 12

96

POI-na-evalueringstellings vir die kontrolegroep.

Dimensies	Persone						
	1	2	3	4	5	6	7
Tydoriëntasie	34	48	40	34	40	15	43
Innerlike oriëntasie	32	45	38	24	42	34	44
Selfaktualiseringswaarde	39	64	38	36	56	37	45
Eksistensialiteit	38	46	32	26	43	41	38
Gevoelsreaktiwiteit	36	36	37	38	50	48	45
Spontaneïteit	48	42	40	40	38	54	57
Selfagting	31	52	38	19	29	32	54
Selfaanvaarding	32	49	42	35	37	34	52
Menslike natuur konstruktief	34	48	33	29	58	34	55
Sinergie	31	49	38	36	55	31	28
Aanvaarding van aggressie	34	45	48	38	61	29	44
Vermoë tot intieme kontak	36	36	44	27	36	38	47

BYLAAG 13

POI-3 maande na-evalueringstellings van die kontrolegroep.

Dimensie	Persone						
	1	2	3	4	5	6	7
Tydoriëntasie	41	58	34	28	34	28	44
Innerlike oriëntasie	33	54	43	33	40	31	48
Selfaktualiseringswaarde	47	64	38	46	66	26	49
Eksistensialiteit	35	48	34	26	38	28	37
Gevoelsreaktiwiteit	43	46	38	48	43	48	45
Spontaneïteit	48	48	45	38	45	52	58
Selfagting	34	51	43	37	35	34	53
Selfaanvaarding	25	49	48	37	35	29	50
Menslike natuur konstruktief	38	54	33	33	47	27	56
Sinergie	31	56	38	32	55	31	31
Aanvaarding van aggressie	29	52	48	42	48	29	45
Vermoë tot intieme kontak	36	42	46	32	44	38	44

BYLAAG 14

88

PHSF-voor-evalueringstellings van die eksperimentele groep

Dimensies	Persone						
	1	2	3	4	5	6	7
Selfvertroue	7	6	5	3	2	5	8
Eiewaarde	7	7	3	4	2	4	1
Selfbeheer	8	5	6	5	2	6	6
Senuweeagtigheid	7	5	4	4	2	5	6
Gesondheid	4	5	2	5	4	3	3
Gesinsinvloede	6	8	3	4	7	5	9
Persoonlike vryheid	5	5	5	3	8	4	9
Sosialiteit-G	6	6	1	4	3	5	3
Sosialiteit-S	6	5	2	3	4	5	5
Morele inslag	6	4	6	5	6	4	8
Formele verhoudinge	5	6	3	3	6	5	8
Gewensheidskaal	3	6	7	4	8	6	4



BYLAAG 15

PHSF-na-evalueringstellings van die eksperimentele groep

Dimensies	Persone						
	1	2	3	4	5	6	7
Selfvertroue	9	7	6	3	7	7	9
Eiewaarde	9	7	4	6	6	7	7
Selfbeheer	5	6	7	5	4	7	7
Senuweeagtigheid	9	6	5	4	3	5	8
Gesondheid	5	5	4	3	5	5	4
Gesinsinvloede	6	8	3	3	8	5	7
Persoonlike vryheid	7	5	6	3	9	5	9
Sosialiteit-G	9	7	3	5	5	7	7
Sosialiteit-S	9	6	2	5	6	5	3
Morele inslag	5	5	9	4	7	6	7
Formele verhoudinge	9	6	2	5	6	7	9
Gewoondheidskaal	5	7	6	5	6	6	1

BYLAAG 16

96

PHSF: drie maande na-evalueringstellings van die eksperimentele groep.

Dimensies	Persone						
	1	2	3	4	5	6	7
Selfvertroue	9	8	7	3	7	7	7
Eiewaarde	9	7	4	6	6	6	4
Selfbeheer	6	6	6	5	4	7	7
Senuweeagtigheid	9	6	5	4	5	5	6
Gesondheid	5	6	3	4	7	4	4
Gesinsinvloede	7	8	2	3	8	5	8
Persoonlike vryheid	7	5	5	3	9	5	9
Sosialiteit-G	9	8	2	5	7	7	5
Sosialiteit-S	8	8	2	5	6	5	4
Morele inslag	5	5	6	4	8	6	9
Formele verhoudinge	9	6	3	5	9	7	8
Gewensheidskaal	5	7	6	5	5	6	2

BYLAAG 17

PHSF-voor-evalueringstellings van die kontrolegroep..

Dimensies	Persone						
	1	2	3	4	5	6	7
Selfvertroue	3	7	4	3	5	6	9
Eiewaarde	6	6	4	2	5	7	7
Selfbeheer	5	6	3	2	3	5	3
Senuweeagtigheid	5	4	4	4	2	8	4
Gesondheid	8	4	3	5	1	6	5
Gesinsinvloede	6	6	5	3	5	6	9
Persoonlike vryheid	3	8	6	4	7	6	7
Sosialiteit-G	3	4	8	2	5	5	8
Sosialiteit-S	5	4	5	3	5	6	6
Morele inslag	3	5	5	5	6	3	7
Formele verhoudinge	5	4	6	6	6	2	7
Gewensheidskaal	9	4	7	4	6	6	5

BYLAAG 18

PHSF: na-evalueringstellings van die kontrolegroep.

Dimensies	Persone						
	1	2	3	4	5	6	7
Selfvertroue	4	6	4	3	5	6	8
Eiewaarde	6	5	4	2	5	7	7
Selfbeheer	5	6	2	2	5	4	4
Senuweeagtigheid	4	4	4	4	2	7	5
Gesondheid	6	3	4	6	2	6	7
Gesinsinvloede	4	5	5	3	4	5	8
Persoolike vryheid	3	6	6	5	7	5	7
Sosialiteit-G	2	4	6	2	4	4	6
Sosialiteit-S	6	5	5	4	5	7	7
Morele inslag	3	4	5	6	6	2	5
Formele verhoudinge	4	7	6	6	7	3	8
Gewensdheidskaal	9	6	6	6	6	7	6

## BYLAAG 19

PHSF: Drie maande na-evalueringstellings van die kontrolegroep.

Dimensies	Persone						
	1	2	3	4	5	6	7
Selfvertroue	4	7	2	5	7	8	8
Eiewaarde	5	5	5	4	7	7	6
Selfbeheer	6	5	2	2	5	5	3
Senuweeagtigheid	3	6	4	4	2	7	6
Gesondheid	6	4	4	6	2	7	7
Gesinsinvloede	3	5	5	5	6	5	9
Persoolike vryheid	1	6	6	5	7	5	6
Sosialiteit-G	3	5	8	3	6	5	6
Sosialiteit-S	6	5	5	4	6	8	7
Morele inslag	3	4	5	6	8	2	6
Formele verhoudinge	4	8	4	6	6	5	8
Gewensdheidskaal	9	5	7	6	4	8	6